评[J]. 第三军医大学学报, 2007, 29(12):1237 – 1239.
[7] Janssen M E, Datta J C. Anterior Lumbar Interbody Fusion Using Femoral Ring Allograft for Treatment of Degenerative Disc Disease[J]. Semin Spine Surg, 2005, 17(4):251 – 258.
[8] 杨军林, 孙鸿涛, 陈立龙, 等. 同种异体骨圈在颈椎前路融合术中的应用[J]. 中华骨科杂志, 2001, 21(6):375 – 378.
[9] MacDonald R L, Fehlings M G, Tator C H, *et al*. Multilevel anterior cervical corpectomy and fibular allograft fusion for cervical myelopathy [J]. J Neurosurg, 1997, 86(6):990 – 997.
[10] 郭从涛, 蒲小兵, 周强, 等. 异体腓骨环支撑植骨治疗单间隙腰椎结核的临床疗效观察[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(20):1943 – 1946.
[11] 程维, 赫兰学, 郑昊, 等. 异种骨椎间融合器椎弓根钉固定腰椎体间融合术的生物力学评价[J]. 中国矫形外科杂志, 2005, 13(19):1476 – 1479.
[12] 赵宝林, 何凤江, 马洪顺. 异种骨椎间融合器附加椎弓根钉行后路腰椎椎体间融合术的生物力学分析[J]. 北京生物医学工程, 2007, 26(5):526 – 530.

(收稿 2010-03-07 修回 2010-04-15)
(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2010)17-1879-01

个案与短篇

心尖部肥厚型心肌病 1 例

牟海刚, 古 平, 代静澜 (400020 重庆, 解放军 324 医院心内科)

【关键词】 心尖部肥厚型心肌病;心电图;心脏磁共振
【中图法分类号】 R542.2 【文献标志码】 B

1 临床资料

患者, 男性, 32 岁, 因“反复夜间心悸 3 个月, 突发胸闷、胸痛 1 h”于 2008 年 10 月 2 日入院。于入院前 3 个月患者因连续上夜班, 夜间常感心悸、心前区不适, 休息后症状可缓解, 未行就诊。于入院前 1 h 患者连续吸烟(5 支以上)后突感胸闷、胸痛, 经卧床休息及口含“速效救心丸”后症状持续无缓解, 遂急诊入我院。既往患者无高血压、糖尿病病史及家族史。嗜烟, 且夜间吸烟时心悸症状较明显。否认饮酒。急诊行心电图提示:窦性心律, $V_4 \sim V_5$ 导联 R 波均大于 3.0 mV, $V_3 \sim V_5$ 导联 ST 段下移(0.2 ~ 0.3 mV)及 T 波倒置(1.0 ~ 1.5 mV), 提示:非 ST 段抬高型心肌梗死?心肌缺血。遂以“急性冠脉综合征”收入科。入科后行急诊冠脉造影术, 提示冠脉血运正常。反复查患者心肌钙蛋白均为正常, 心电图亦无动态衍变。超声心动图提示心脏形态未见异常, 射血分数正常。24 h 动态心电图未发现明显心律失常。经病情分析考虑为“心尖部肥厚型心肌病”, 转上级医院行心脏磁共振检查, 提示左室心尖部明显增厚, 支持心尖部肥厚型心肌病的诊断。经对症治疗后患者症状缓解, 出院后口服美托洛尔 12.5 mg 2 次/d, 但因心率低于 50 次/min 减量至 6.25 mg 1 次/d 维持。此后, 患者每 3 个月复查心电图至今, 均较初诊时无改变。复查心脏超声均未见异常。患者现自觉症状较好, 偶感心悸, 一般能自行缓解, 心率维持在 55 ~ 60/min。为预防可能发生的心源性猝死, 建议患者可考虑安置植入型心律转复除颤器(ICD), 患者表示拒绝。

2 讨论

心尖部肥厚型心肌病(apical hypertrophic cardiomyopathy, AHCM)是肥厚型心肌病的一种特殊类型, 男性多见, 病变的主要部位局限于左室乳头肌以下的心尖部, 一般不伴有左室流出道梗阻, 故较少出现心绞痛、晕厥、心力衰竭等症状。由于本病临床表现缺乏特异性, 一旦患者出现类似“心绞痛”的临床症状, 心电图又表现为明显的 ST-T 改变, 早期极易与冠心病心绞痛、非 ST 段抬高型心肌梗死相混淆。本病目前尚无统一的诊断标准, 如患者心电图表现为左室高电压并左胸导联 ST 段压低, 深尖倒置的大 T 波[1], 应考虑到本病, 可先行超声心动图检查。由于超声心动图在心尖部及左心室前侧游离壁肥厚的检出和识别方面存在明显的局限性[2], 而心脏磁共振对此则明显优于超声心动图, 且为无创检查, 应作为首选的确诊手段[3]。如考虑患者合并冠心病, 可行冠脉造影及左心室造影, 但为有创检查, 存在一定风险。心尖部肥厚型心肌病一般无需手术治疗, 可选用肾上腺素 β 受体阻滞剂或钙拮抗剂治疗。本病预后较好, 较少发生猝死、心肌梗死、心力衰竭等并发症, 病死率约占 1.9%[4]。AHCM 因发病率不高, 既往重视程度不够, 故在其发病机制、诊断标准、治疗及预后的判断上还需进一步研究和完善。

参考文献:

[1] 王波, 刘忠华, 宋伟男. 心尖肥厚型心肌病的心电图分析[J]. 中国医药导报, 2007, 4(27):157.
[2] Rickers C, Wilke N M, Jerosch – Herold M, *et al*. Utility of cardiac magnetic resonance imaging in the diagnosis of hypertrophic cardiomyopathy[J]. Circulation, 2005, 112(6):855 – 861.
[3] Nagueh S F, Mahmarian J J. Noninvasive cardiac imaging in patients with hypertrophic cardiomyopathy[J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 48(12):2410 – 2422.
[4] Eriksson M J, Sonnenberg B, Woo A, *et al*. Long-term outcome in patients with apical hypertrophic cardiomyopathy[J]. J Am Coll Cardiol, 2002, 39(4):638 – 645.

(收稿 2010-07-02 修回 2010-07-15)
(编辑 栾 嘉)

【基金项目】 牟海刚, E-mail:muhaigang@yahoo.cn